

## Lohnänderungen

**Angeschlossenes Unternehmen:**

Sozialversicherungsnummer:	Name/Vorname:	neuer AHV-Jahreslohn:	neuer Teilzeitgrad:	gültig ab:
756 . . .				
756 . . .				
756 . . .				
756 . . .				
756 . . .				
756 . . .				
756 . . .				
756 . . .				
756 . . .				
756 . . .				

**Wir bestätigen, dass alle aufgeführten versicherten Personen mit Lohnerhöhungen im Zeitpunkt der Lohnerhöhung voll arbeitsfähig und gesund waren.**

Ort und Datum

**Firmenstempel und Unterschrift**

.....